

SRE-C-25-07-0876

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 8/0725/0277 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14-7-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Mrs. Dilavari आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 65	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. (Stpal) पिता/कटुस्थ का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वसुधायन आवासीय पता 931, Chausaria, Vishal, N.H. 1, Shamli, Uttam Pradesh, 207778		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE One of past of Mrs. Dilavari (0277)		
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Family Income) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA		
PAN No. आधार संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का एंटर है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	Mr. (Stpal)	38	M	Son
(2)	Mr. (Stpal)	32	M	Son
(3)	Mr. (Stpal)	31	F	Daughter in law
(4)	Sonli	25	M	Unborn Son
(5)				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्यो के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दयनीयता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract			
	Surgery - RE - ICLs with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 1) I (hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करूँगा, जो केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण उपयोग के लिए ही है, जिस उद्देश्य के लिए मैंने सहायता माँगी है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा फॉर्म)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically enable me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषणा है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, दूर, संचारण द्वारा उद्देश्य के लिए योगदानों को आकर्षित करने के लिए और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इस उपयोग को मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण पूर्ति के बाद भी किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य सहायता के लिए उपयोग में नहीं किया जा सकता है। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता का प्रदान करने की क्षमता केवल उनके ट्रस्टियों के निर्णय पर निर्भर करेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा फॉर्म)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा की है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य रोगी/समस्या के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की सहायता के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता का अंतर किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा से स्पष्ट नहीं है कि सहायता वित्तीय परत उस रोगी/समस्या हेतु किसी और स्रोत से संभव है कि किसी अन्य सहायता से नहीं लेना चाहेंगे।

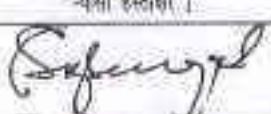
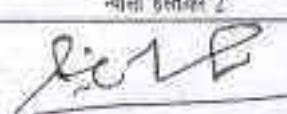
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा दी गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनने और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14-7-2025	 SUNIL VERMA (Name, Designation & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---